

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 21

L'OPERATION DE GOEBELL-FRANGENHEIM-STOECKEL

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

LE 30 OCTOBRE 1941

PAR

SIMONNE ROUX-FOUSSENQ

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

NÉE LE 18 MARS 1915

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAUVIN	Président
		MOIROUD	Assesseurs
		FIGARELLA	
		DOR	



IMPRIMERIE F. ROBERT ET FILS
24, Rue Moustier, 24
MARSEILLE

1941

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

L'OPERATION DE GOEBELL-FRANGENHEIM-STOECKEL

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

LE OCTOBRE 1941

PAR

SIMONNE ROUX-FOUSSENQ

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

NÉE LE 18 MARS 1915

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAUVIN	Président
		MOIROUD	Assesseurs
		FIGARELLA DOR	



IMPRIMERIE F. ROBERT ET FILS
24, Rue Moustier, 24
MARSEILLE

—
1941

UNIVERSITY OF LEIDEN

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF LEIDEN

181

181

181

181

181



181

181

181

181

(181)

181

181

181

181

L'OPÉRATION
DE
GOEBELL-FRANGENHEIM-STOECKEL

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

ROUX-FOUSSENQ (Simonne)

L'opération de Goebell - Frange-
nheim - Stoeckel. Marseille. F.
Robert, imprimeur, 1941. in - 8°
raisin, 48 pages.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1941)

ROUX-FOUSSENQ (Simonne)

L'opération de Goebell - Fran-
nheim - Stoeckel. Marseille.
Robert, imprimeur, 1941. in -
raisin, 48 pages.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1941)

ROUX-FOUSSENQ (Simonne)

L'opération de Goebell - Frange-
nheim - Stoeckel. Marseille. F.
Robert, imprimeur, 1941. in - 8°
raisin, 48 pages.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1941)

ROUX-FOUSSENQ (Simonne)

L'opération de Goebell - Fran-
nheim - Stoeckel. Marseille.
Robert, imprimeur, 1941. in -
raisin, 48 pages.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1941)

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET-COTTE

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Erotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIERE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALIER
Thérapeutique	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANZARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

A MON PERE

Mort pour la France le 7 octobre 1915 à bord
de l'*Amiral-Hamelin*.

« Il s'est oublié pour les autres ». Sa mort fut
un exemple de dévouement et de sacrifice.

A MA MERE

qui nous a consacré généreusement les plus
belles années de sa vie. Nous ne ferons jamais
assez pour elle.

A MON MARI

faible témoignage de mon affection.

A MON FILS PHILIPPE

A MES GRANDS-PARENTS

c'est dans leur foyer que nous avons connu les
joies de l'enfance. Nous n'oublierons jamais
toute leur bonté.

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

qui m'ont accueilli avec tant de sollicitude.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

A NOTRE JURY DE THESE :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN,

Professeur de la Clinique Urologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

nous le remercions pour le très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse. Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOIROUD,

Professeur de Pathologie Externe
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE FIGARELLA

Chargé de la Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J. DOR

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE FIGARELLA

nous avons eu l'honneur d'être externe dans son service et de profiter de son enseignement. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a sans cesse témoignée.

A MESSIEURS :

LE DOCTEUR MICHEL

LE PROFESSEUR FIGARELLA

LE DOCTEUR PETIT

dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLET,

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX D'AVIGNON

dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne
pendant la guerre.

En remerciement pour la très grande bonté
qu'il a toujours eue pour nous.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DULCY

C'est sur ses conseils que nous avons entrepris
nos études médicales. Nous lui demandons de
bien vouloir accepter ce faible témoignage de
reconnaissance pour tout ce que nous lui
devons.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. FOURNIER

qui m'a préparée à l'Externat.

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES.

INTRODUCTION - HISTORIQUE

Monsieur le Professeur Figarella a obtenu dans un cas d'incontinence d'urine par prolapsus génital un succès thérapeutique parfait grâce à l'intervention de Goebell Frangenheim Stoeckel.

Cette intervention peu utilisée en France conduit à d'excellents résultats ; il nous a donc paru intéressant d'exposer ici les buts, les techniques, les résultats et les indications de l'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel. Les observations publiées en France jusqu'à ce jour et en particulier la très intéressante observation de M. le Professeur Figarella, nous montreront ce que l'on est en droit d'attendre de cette intervention.

HISTORIQUE

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel cherche à réaliser l'encerclement et la suspension du col vésical par des lambeaux musculaires innervés.

C'est donc un procédé autoplastique qui veut créer une anse musculaire fonctionnellement agissante.

C'est à l'Ecole de Berlin que revient le mérite d'avoir mis au point la technique de cette intervention.

Goebell le premier, en 1915, eut l'idée d'utiliser les muscles pyramidaux pour former une sangle musculaire sous l'urètre; il pratiquait l'intervention en deux temps par voie abdomino vaginale.

Plus tard, Frangenheim modifia la technique de

Goebell en garnissant les deux muscles pyramidaux de deux bandes de l'apnévrose de la gaine antérieure des muscles droits de l'abdomen.

Stoeckel a vulgarisé cette méthode et a publié de nombreux cas de succès.

Depuis lors ce procédé a suscité un très vif intérêt dans les pays germaniques où les auteurs ont enregistré de nombreux cas de succès.

En 1926 Richer a analysé les cas publiés en Allemagne :

Sur 47 cas recueillis on ne note que six échecs et une mort ce qui correspond à 85 % de guérison.

En France l'intervention de Goebell Frangenheim Stoeckel est peu connue et rarement utilisée.

Il est regrettable que ce procédé soit si peu en faveur dans notre pays car il n'est pas douteux qu'il conduirait aux mêmes résultats que ceux publiés en Allemagne.

LES BUTS DE L'OPERATION

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel est utilisée en général pour supprimer l'incontinence d'urine urétrale, c'est-à-dire l'issue involontaire d'urine qui se fait par l'urètre. Elle s'applique surtout aux incontinen-ces par déficiente sphinctérienne.

A l'origine de cette incontinence nous retrouvons le plus souvent un traumatisme obstétrical qui en lésant le col vésical, va entraîner son insuffisance fonctionnelle. Ainsi la compression prolongée des voies urinaires inférieures (vessie, col, urètre), entre les plans osseux de la tête fœtale et du pubis pendant un accouchement peut amener une compression, une dénivellation des tissus, ce qui modifiera la conformation interne du sphincter. De même une présentation volumineuse, une application de forceps peuvent déterminer des lésions qui lèseront le col vésical.

L'anatomie nous apprend que le sphincter vésical ou trigono urétral est formé par des fibres lisses qui n'enserrent que la région postérieure de l'urètre de chaque côté, il résulte de cette disposition que le sphincter n'est pas annulaire mais a la forme d'un croissant à concavité supérieure. Nous comprenons donc aisément que le point faible du sphincter vésical résidera à sa partie supérieure.

Ainsi l'incontinence d'urine liée aux lésions du sphincter vésical va reconnaître deux grandes causes : ces deux causes ont été bien identifiées par Muret et Rapin au Congrès de Gynécologie de 1937, elles sont les suivantes :

- a) l'une en rapport avec les modifications des tissus du sphincter;
- b) l'autre en rapport avec la procidence de la paroi vaginale antérieure au niveau de la région sphinctérienne.

a) Pour Stoeckel et l'école de Berlin : les lésions organiques et traumatiques du sphincter sont primordiales et expliquent l'apparition de l'incontinence. A la suite du traumatisme obstétrical il se forme des déchirures de la musculature de l'appareil de fermeture de la vessie. Les déchirures non perforantes s'accompagnent parfois d'adhérences cicatricielles entre le vagin, la vessie ou l'urètre ou entre les organes et la paroi du bassin. Les adhérences en tiraillant l'urètre entraîneraient le développement de l'incontinence.

La mauvaise nutrition des tissus cicatriciels sous-fonctionnelle du sphincter.

b) Pour Boursier, Gérard Marchant et l'Ecole Française, l'incontinence est avant tout liée au prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Ce prolapsus empêche le mécanisme normal de fermeture de la vessie. La paroi antérieure du vagin étant intimement liée à la paroi postérieure de l'urètre l'entraîne avec elle et détermine l'urétrocèle. La paroi antérieure de l'urètre fixée à la symphyse pubienne ne peut donc suivre le mouvement de descente du segment postérieur. Il en résulte une dilatation du segment postérieur de l'urètre.

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel vise la suppression de l'incontinence en agissant sur ces deux causes :

Pour supprimer l'élément mécanique l'urétrocèle elle, réalisera la suspension du col vésical pour supprimer les lésions des tissus du sphincter en rapport soit avec des déchirures, des cicatrices, des adhérences, soit

avec une mauvaise nutrition ou une innervation insuffisante, elle utilisera des lambeaux musculaires innervés.

On a beaucoup discuté sur la valeur de ces lambeaux musculaires innervés car il est en pratique difficile de conserver au muscle ses connexions vasculo nerveuses d'autant que le plus souvent on ne prélève qu'une bandelette musculaire; dans ces conditions on ne peut savoir si le muscle est irrigué. En 1936, Richer à l'académie de Chirurgie déclare que « l'anse musculaire perd tout ou partie de sa vitalité, se sclérose et n'est pas contractile. »

Les expériences de Epstein faites sur le chien confirment cette opinion; au bout de quelque temps, on ne trouve plus d'anneau musculaire, l'urètre est simplement entouré de tissu cicatriciel.

La suspension paraît plus mécanique que physiologique. Donc le but principal de l'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel est d'entourer le col vésical d'une bague musculo aponévrotique qui, en se sclérosant, enserrera le col et maintiendra ainsi sa suspension.

LES TECHNIQUES

L'opération type de Goebell-Frangenheim-Stoeckel ou plastie pyramidale, suspend l'urètre à une anse musculo-aponévrotique empruntée aux muscles pyramidaux et à la partie correspondante de la gaine de droite. L'opération se fait en deux temps par voie combinée abdomino-vaginale.

Le premier temps est abdominal :

Par une incision médiane sous-ombilicale descendue bas sur le pubis on dégage la face antérieure de la gaine des droits jusqu'à son insertion symphysaire; on incise sur cette paroi une bande médiane de quatre centimètres de large sur huit centimètres de haut. Les deux muscles pyramidaux restent adhérents à la face profonde de cette bande; par un coup de ciseaux, on divise en deux cette bandelette, de façon à former deux lanières mobiles. Les deux muscles droits sont écartés, l'espace de Retzius ouvert, on décolle au doigt le col vésical des tissus environnants sauf de la paroi vaginale antérieure.

Les deux grands droits sont rapprochés par quelques points de suture ; leur gaine est refermée, la peau est suturée sur drainage aux crins.

Le deuxième temps est périnéal :

Par une incision médiane de la paroi vaginale antérieure, on atteint la face profonde du col vésical. On réalise son décollement. Introduisant sur la partie latérale gauche de celui-ci une pince longue et courbe, on va saisir au-dessus du pubis le lambeau musculo apo-

névrotique de droite, et on l'amène dans la plaie vaginale ; on procède de même à droite du col vésical attirant de ce côté le lambeau gauche ; on suture ces deux col vésical dans un anneau musculaire, qui remonte et applique l'urètre sous le pubis.

Telle est la technique de l'opération-type. Les auteurs ont apporté de nombreuses variantes à cette technique :

— Floerken n'utilise qu'un seul lambeau musculaire. Après avoir passé ce lambeau sous le col vésical il le suture aux tissus fibropériostiques de la branche ischiopubienne du côté opposé.

— Miller pour simplifier l'intervention a proposé de faire passer les bandes musculo-aponévrotiques non pas derrière la symphyse, mais en avant, dans une tranchée creusée directement dans la peau sous-pubienne, puis dans la muqueuse vaginale supérieure, descendant ainsi jusqu'au méat urinaire.

Etant donné la variabilité et l'inconstance du muscle pyramidal (absent dans 20 % des cas) pour réaliser la suspension du col vésical, les auteurs ont utilisé d'autres muscles :

— Delanglade (de Marseille), a utilisé le premier, en 1903, la portion antérieure du releveur de l'anüs :

Par une incision transversale faite à un travers de doigt en arrière du méat urinaire, l'urètre et la vessie sont décollés, et l'on va de chaque côté à la recherche des bords antérieurs du releveur qui sont rapprochés le plus possible sur la ligne médiane et réunis par des points de suture.

— Groves et Chaput ont préconisé ensuite cette méthode.

— Franz (1916) utilise aussi le releveur anal et propose la technique suivante :

Il décolle la paroi du vagin des deux côtés sur toute la longueur de l'urètre jusqu'au col de la vessie, de façon à mettre à jour les muscles pubo rectaux.

Il détache un lambeau de ces muscles de chaque côté à 3 cm. environ de son insertion sur une longueur de 8 cm. Ces deux lanières sont recousues ensemble au niveau de la ligne médiane et fixées en avant et en arrière par deux sutures au catgut à la vessie et à la région du sphincter; il resèque ensuite les lambeaux exubérants des parois vaginales qu'il suture ensuite comme dans la colporrhaphie antérieure.

Bentley Squier a réalisé deux fois avec succès cette technique. Muller a obtenu aussi un cas de guérison.

Au congrès de chirurgie de 1924, Monsieur le Professeur Imbert (de Marseille) a présenté un cas de myoplastie au dépens du releveur anal avec guérison; il indique la technique suivante :

Une large incision circonscrit l'orifice vulvaire,

Une deuxième, moins longue, circonscrit l'orifice urétral.

La première incision permet aisément de découvrir le releveur de l'anus, de chaque côté sur ce muscle on détache un lambeau à pédicule supérieur.

Les deux lambeaux musculaires sont relevés, entrecroisés au-dessous du méat et finalement suturés l'un à l'autre au-dessus de lui, après avoir décrit une sorte de 8 de chiffre.

— Rubsamen (1920) a obtenu six cas de guérisons avec une technique analogue.

— Reiffersheid conseille de fixer les extrémités aponévrotiques des muscles grands droits après les avoir croisés à la portion pubienne du releveur de l'anus.

— Bonafonte (1928) préfère utiliser les ligaments

ronds et la bande aponévrotique de la gaine des droits par voie abdominale seule.

Solms emploie aussi le ligament rond.

— Leroy Deming préfère le droit interne: après dissection de l'urètre, il découvre le droit interne, et le sectionne à sa partie moyenne puis il amène la partie supérieure du muscle au contact de l'urètre en l'enroulant autour de lui.

— Le Fort, Giordano, Schultz, Lusena réalisent aussi une plastie musculaire pericervicale à l'aide du droit interne de la cuisse.

— Madier a utilisé avec succès la technique de Leroy Deming —

A la séance de l'Académie de chirurgie du 6 février 1929, il nous apporte les précisions suivantes sur cette technique :

« une incision circulaire me permet de disséquer
« dans toute sa longueur, l'urètre ; je découvris ensuite
« le droit intérieur. Au lieu de le sectionner dans sa totalité, ce qui m'aurait donné une bande musculaire
« trop épaisse, je prélevais un ruban représentant la
« moitié du tiers supérieur du muscle 15 à 20 cm. environ, dont je conservais l'insertion supérieur. L'incision de découverte du muscle fut prolongée transversalement découvrant la branche ischio-pubienne,
« sectionnant la grande et la petite lèvre droite, la branche droite du bulbe vaginal, me permettant d'enrouler la bandelette musculaire autour de l'urètre isolé
« et de l'y fixer par quelques points de catgut fin. Peau
« et muqueuse furent suturés au fil de lin, une petite
« sonde de Pezzer fut laissée pendant cinq jours dans la
« vessie. Cicatrisation sans incident.

Michon, devant le succès obtenu par Madier a utilisé une technique analogue et a publié un cas de succès.

— Scheldon propose d'utiliser le grand fessier.

— Borchard l'adducteur. — Maluschew Jareki le fascia lata.

— Martius les muscles ischio et bulbo caverneux qui détachés de leur loge sont suturés sur la ligne médiane, sous le sphincter, de façon à la relever et à le soutenir.

— Fraenckel, Seitz, Naujoks ont publié de bons résultats.

Pour réaliser la suspension de la région sphinctérienne, certains (Muret, Rapin...) ont préféré aux muscles l'emploi de fils de catgut, ceci a donné lieu à de nombreux procédés. Ces procédés s'écartent trop de l'opération-type pour être traités ici.

En France, l'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel a été réalisée avec succès par Godard qui a publié des résultats obtenus dans le bulletin de la Société Française d'Urologie de 1937.

Il a utilisé la technique suivante:

Incision médiane sous-ombélicale.

Par voie sous-péritonéale on pénètre en arrière de la symphyse puis sur les parties latérales du col vésical dont on fait le tour.

Deux languettes musculo-aponévrotiques détachées près de l'ombilic de chaque côté de la ligne médiane sur chaque muscle droit, et laissées adhérentes en bas au pubis avec le pyramidal et son nerf, sont basculées dans le bassin et passées alternativement derrière le col qu'elles cravatent pour venir se terminer en avant du col où les deux extrémités sont suturées l'une à l'autre par un fil de soie.

Le col vésical est ainsi entouré d'un anneau musculo-aponévrotique épais formant un gros bourrelet relié par deux branches para médianes sur lesquelles sont tendues les pyramidaux, eux-mêmes fixés au pubis.

Il y a donc en plus de la création d'un pseudo-sphincter circulaire, une sorte de suspension du col.

Richer fils (1937) a publié des résultats excellents obtenus grâce à l'intervention de Goebell-Frangenheim-Stoeckel simplifiée. La technique est la suivante :

Pour éviter le temps vaginal septique, il opère exclusivement par voie abdominale et n'utilise qu'une seule languette aponévrotique s'enroulant sous l'urètre.

Après avoir repéré le col vésical par une sonde de Pizzer, il pratique une incision cutanée hypogastrique, il sépare les grands droits depuis le pubis, il pénètre dans la cavité de Retzius et libère le col sur tout son pourtour. Il taille ensuite sur la partie interne de la gaine du grand droit, un lambeau aponévrotique qui conserve son attache pubienne, de 1 cm. 5 à 2 cm. de largeur et de 8 à 10 cm. de longueur. Il passe l'anse aponévrotique sous le col et exerce sur l'anse une traction suffisante avant de la fixer à la gaine du grand droit opposé, juste au-dessus du pubis, par plusieurs points de fils non résorbables.

LES RESULTATS

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel supprime l'incontinence en luttant efficacement contre la ptose urétrale. Elle apparait comme une opération logique et efficace dont le principe repose sur des bases rationnelles : elle s'applique à la pathogénie de la procidence urétrovaginale.

Elle offre quelques difficultés qui tiennent surtout à la région : il n'y a pas de région inter-symphysio-urétro-vésicale. L'isolement du col vésical s'effectue dans un espace virtuel, de plus c'est une région pathologique, le traumatisme obstétrical crée des lésions qui bouleversent l'anatomie de la région.

Des auteurs signalent trois ordres de difficultés qui vont gêner la marche de l'opération :

1° Le décollement du col vésical : le col vésical a pu être écrasé par une tête fœtale; dilacéré par une application de forceps; on comprend qu'il soit difficile de le libérer alors qu'il peut être adhérent aux tissus cicatriciels qui l'entourent ; sa dissection est dangereuse et entraînera parfois des délabrements considérables.

2° La présence dans l'espace de Retzius de nombreux vaisseaux : nous savons qu'il existe des plexus veineux périvésicaux importants, fragiles, qui ne demandent qu'à saigner, pour les éviter, il faut avoir soin de rester très médian.

3° La difficulté de retrouver par voie périvésicale des lanières musculo aponévrotiques : en taillant des lambeaux aponévrotiques il faut leur donner une lon-

gueur suffisante, comme le signale Richer : « mieux vaut les prendre trop longs que trop courts ».

Pour retrouver aisément les lanières, M. le Pr. Figarella conseille « d'emmailloter » par une compresse de gaze l'extrémité de chaque lanière pyramidale aponevrotique. On enfonce cette compresse de chaque côté du col vésical, dans, le deuxième temps après avoir effectué le décollement du col vésical, on attire les deux compresses de gaze, on extériorise ainsi l'extrémité des deux bandelettes ; de chaque côté, on exerce une traction sur elle, ce qui doit donner une impression d'élasticité.

Les difficultés que l'on rencontre sont en définitive minimes et pour un chirurgien expérimenté, elles ne constituent pas un obstacle à l'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel.

Les accidents :

1° Les accidents immédiats : la difficulté de libération du col vésical va permettre la pénétration dans la vessie ou dans l'urètre : les déchirures de la musculature, les cicatrices intermusculaires, les adhérences fibreuses avec les tissus environnants rendront difficile sinon impossible l'identification de la paroi musculaire de la vessie et on pourra ainsi traverser la muqueuse et pénétrer dans la vessie sans s'en apercevoir. Mais cet accident est peu grave : avec quelques points la brèche sera aisément comblée et il n'entraîne au point de vue fonctionnel aucune conséquence fâcheuse.

L'abondance et la fragilité des veines de l'espace de Retzius expliquent la fréquence des hémorragies au cours du temps abdominal ; ces hémorragies masquent le col vésical et gênent sa dissection, un tamponnement suffit à les arrêter — dans les jours qui suivent l'opération, l'élimination par la paroi d'un hématome vient confirmer l'hémorragie.

2° Les accidents tardifs :

Après fermeture de la paroi le lâchage des lanières musculo aponévrotiques peut se produire rendant alors l'opération inefficace; pour éviter cet inconvénient (rarement signalé par les auteurs), il faut tailler des lames de longueur suffisante, les fixer solidement, mais surtout apprécier leur degré d'élasticité; pour cela il ne faut pas manquer avant de les fixer d'exercer sur elles une traction.

Les suites opératoires :

D'après les cas publiés, les suites immédiates et lointaines sont toujours satisfaisantes, les petits incidents que l'on note sont sans conséquence.

Dans les quelques jours qui suivent l'intervention, peut apparaître une légère cystite qui rétrocede vers le dixième jour avec un traitement anodin ; c'est ce qui s'est produit pour la malade de M. le Pr. Figarella, ceci est, du reste, très souvent signalé par les auteurs.

Au bout de quelques jours on a pu observer l'élimination du muscle sphacelé comme dans le cas de Ed. Michon. Contrairement à ce qu'il pensa tout d'abord, cela ne conduisit pas à un échec thérapeutique, le résultat définitif fut excellent, la continence parfaite, elle paraît être le résultat de la bague cicatricielle péri-urétrale.

Dans le cas publié par Richer, il y eut dans les jours qui suivirent l'intervention, l'apparition d'une petite vésicale qu'il se ferma spontanément.

Les suites lointaines sont en général parfaites, les malades retrouvent l'intégrité de leur sphincter vésical, le résultat fonctionnel est définitif. Les malades qui, avant l'opération étaient des infirmes, se trouvent définitivement guéris.

Mickuliez et Radetzki, en 1929, signalent pour les cas publiés en Allemagne 86 % de succès.

Werhtzky, en 1935, 80 % de guérison complète.

Les cas publiés en France, rares, il est vrai, ont tous, eux, d'heureux résultats. Les observations suivantes en font foi :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation de M. le Pr. Figarella qui a servi de base à notre étude :

Opération de G. F. St. dans un cas d'incontinence incomplète d'urine :

Madame Al..., 34 ans. — Vient consulter le 25 septembre 1940 pour chute de la matrice et mictions fréquentes.

Les troubles urinaires remontent à cinq ans, après un accouchement. L'accouchement a été dystocique et a nécessité des manœuvres obstétricales. L'enfant est mort à la naissance.

Les suites de couches ont d'abord été marquées par de la rétention d'urine nécessitant des sondages vésicaux, puis par des envies d'uriner fréquentes et impérieuses. Un urologue consulté a pratiqué des cautérisations de l'urètre endocervical qui ont amélioré temporairement la malade, mais les mictions sont redevenues plus fréquentes et même spontanées, soit avec la position debout prolongée, soit avec des efforts de toux ou de rire ; en même temps est apparue progressivement une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, avec l'issue plus ou moins importante hors de la vulve d'une tuméfaction. Cette tuméfaction a été attribuée à un prolapsus utérin par le médecin traitant. C'est pour cette lésion que la malade est adressée à M. le Pr. Figarella.

L'examen en position couchée ne montre rien.

L'examen en position debout révèle que la paroi vaginale antérieure sort, à travers elle on sent un urètre coudé en « S italique » et une vessie abaissée légèrement.

Le diagnostic d'urétrocystocèle post-obstétrical est posé, et le 7 octobre 40, l'intervention de Goebell Frangenheim Stoeckel est pratiquée suivant la technique typique.

Les suites sont simples et marquées seulement au septième jour par l'élimination par voie abdominale d'un gros hématome. La malade se lève au 15^e jour. Le résultat est remarquable en position debout la colpocèle antérieure a complètement disparu et le méat urétral se trouve être le point le plus délié. De toute la région vulvo vaginale antérieure, l'urètre a disparu comme aspiré vers le haut.

Le résultat fonctionnel est difficile à juger, car une cystite est apparue après l'ablation de la sonde à demeure, laissée 12 jours. Cette cystite cède rapidement à des instillations intra-veineuses au nitrate d'argent.

Le 15 novembre 1940, la malade est revue. Le résultat anatomique est toujours aussi bon; le résultat fonctionnel est excellent; la malade garde aisément ses urines à l'effort.

Le 12 février 1941, la malade est revue; le résultat fonctionnel demeure parfait.

OBSERVATION II

Observation de Richer

Opération de Goebell Frangenheim Stoeckel simplifiée pour incontinence. Résultat éloigné :

M. M., 28 ans. — Incontinence d'urine à la suite d'un accouchement avec application de forceps en novembre 1930.

On s'aperçoit de l'incontinence trois semaines après.

1^o Opération 23 janvier 1931: par voie sous-urétrale réfection du col par le procédé de Marion avec suture en deux places aux fils de lin, sonde à demeure pendant 12 jours. Le résultat immédiat paraît satisfaisant.

Au bout de quelques jours, la malade a des hémorragies internes (fausse-couche probable) et un curetage est pratiqué par son médecin, à la suite réapparition d'incontinence.

31 juillet 1933: opération de Goebell Frangenheim Stoeckel simplifiée suivant la technique exposée précédemment.

Sonde à demeure pendant 12 jours.

Guérison immédiate et définitive de l'incontinence.

A signaler dans les suites opératoires une petite fistule vésicale qui s'est fermée spontanément.

Au cours de la libération de la paroi antérieure, la vessie avait été trouvée très adhérente au pubis et avait été fissurée.

Le résultat fonctionnel paraît définitif puisqu'il se maintient depuis plus de trois ans.

OBSERVATION III

Observation de Godard

Incontinence d'urine par spina bifida lombosacrée, avec tumeur, traitée par l'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel :

Irène Z..., 6 ans. — Incontinence d'urine d'origine nerveuse coexistant avec une spina bifida cysto-lombosacrée avec tumeur.

Opérée de son spina bifida à 4 ans, l'opération n'a pas donnée de modifications. L'enfant ne sent jamais le besoin d'uriner.

Opération le 31 octobre 1936, suivant la technique mentionnée plus haut.

Suites opératoires : pendant quelques jours, T. 39°, pouls 104, élimination d'un hématome infecté, puis amélioration.

A partir du 15 novembre, amélioration des phénomènes d'incontinence, l'enfant ne se souille plus le jour ; progressivement la continence se rétablit et à partir du 12 décembre, la continence est très satisfaisante.

LES INDICATIONS

Le traitement opératoire de l'incontinence cherche le plus souvent à reconstituer l'intégrité du sphincter ligono urétral. Pour arriver à ce résultat, de nombreux procédés ont été utilisés ; ces procédés, schématiquement, se groupent en 4 groupes :

1° Les procédés myoplastiques qui reconstituent le sphincter vésical à l'aide de bandes musculaires. L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel en est le type le plus simple et le plus efficace.

2° Les procédés urétroplastiques qui cherchent à créer un obstacle à l'écoulement de l'urine, soit par des inclusions de graisse... soit par des torsions de l'urètre, ou par la formation de plicatures.

3° Les procédés colporrhaphiques qui resèquent des lambeaux de muqueuse pour diminuer la surface distendue de la paroi vaginale antérieure.

4° Les procédés qui réalisent le soutien de l'urètre et de la région sphinctérienne en interposant l'utérus entre vessie et vagin : opération de Wertheim Shauta.

Ces interventions ont chacune leurs indications basées sur la lésion et les troubles qu'elle entraîne, mais aussi sur l'âge de la malade.

Parmi ces interventions les procédés myoplastiques tiennent une place importante car ils apportent une solution efficace et définitive ; ils répondent à des indications assez précises. L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel sera l'intervention de choix pour les su-

jets jeunes : en général il s'agit de mère de famille dont les premiers troubles ont apparu à la suite d'un accouchement difficile ou compliqué.

Les troubles sont variés, mais débutent en général par de la pollakiurie, à prédominance diurne aggravée par l'effort, la fatigue, la station debout prolongée, la menstruation, progressivement l'incontinence s'établit; la systalgie peut parfois constituer le premier symptôme de prolapsus, c'est une douleur plus ou moins intense, siégeant au niveau de l'hypogastre, s'irradiant dans le clitoris, les aines, le sacrum. L'examen ne montre pas, en général, des lésions de prolapsus important, mais un debout; l'urètre prend une disposition en S italiques — en position debout, le méat n'est pas au point déclive de l'urètre, mais un peu surélevé; de là, l'urètre descend, se recourbe en arrière, remonte vers la vessie et atteint son bas-fond par une nouvelle courbe à concavité inférieure.

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel n'a pas de contre-indication — elle s'adresse surtout à l'urétrrocystocèle chez les sujets jeunes.

CONCLUSION

1) L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel créée et mise au point par des auteurs allemands, est très en faveur dans les pays germaniques et les nombreux cas publiés dans ces pays attestent un pourcentage élevé de succès.

2) Cette intervention répond à la pathologie des incontinences par déficience sphinctérienne.

Ces incontinences reconnaissent deux grandes causes :

a) des lésions des tissus du sphincter,

b) la procidence urétrocystovaginale.

L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel agit sur ces deux causes en suspendant le col vésical par des éléments musculo-aponévrotiques, ce qui constitue un capitonnage de la région sphinctérienne.

3) L'opération type est une intervention en deux temps qui emprunte l'anse musculo-aponévrotique aux muscles pyramidaux et à la partie correspondante de la gaine des droits.

4) La technique est simple et ne présente pas de difficulté si l'on a soin de tailler dans le premier temps les lanières musculo-aponévrotiques suffisamment longues et d'« emmailloter » leurs extrémités dans une compresse de gaze, ce qui permet de la retrouver sans peine dans le deuxième temps (Figarella).

5) L'opération de Goebell Frangenheim Stoeckel,

logique et efficace, appliquée aux cas d'urétrocystocèle chez les femmes jeunes, permet d'obtenir d'excellents résultats thérapeutiques. Les difficultés opératoires sont minimales, les accidents bénins, les suites immédiates et lointaines, satisfaisantes comme le prouvent les cas publiés en France.

Vu et approuvé :

Le Doyen,

LUCIEN CORNIL.

Vu et accepté :

CHAUVIN.

Vu et permis d'imprimer.

Pour le Recteur,

Le Doyen Délégué,

B. REYNAUD.

OUVRAGES CONSULTÉS

- ALBARRAN. — Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. — Annales des maladies des organes génito-urinaires 1892 et Médecine opératoire 1909.
- ARBUREL. — Colpocèle avec incontinence d'urine chez une primigeste. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mai 1929.
- BONAFONTE. — Riv. Espan. Obstétriq. et Gyn. Madrid 1926. Gyn. et Obst. 1928, t. 17, page 156.
- COTTARD. — Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. — Thèse de Paris, 1906.
- DELANGLADE. — Suture des releveurs dans le cystocèle. — Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie de Paris, 1902-1905.
- FIGARELLA. — L'opération de Goebbel-Frangenheim-Stoeckel dans un cas d'incontinence incomplète d'urines. Excellents résultats. — Académie de Chirurgie de Marseille (séance du 16 décembre 1940).
- FLORKEN. — Traitement opératoire de l'incontinence d'urine. — Munch Med. Wach, 12 août 1921.
- FRANGENHEIM. — Zur. operat. Behandlung der Incontin. d. Harnt Festschrift 3. Feier d. 10. Bestehens d. Akadem. f. Prakt. Medig in Köln Bonn 1915.
- FRANGENHEIM. — Zeitsch. fur. urol. chir., 12 juillet 1922, t. X.
- FRANZ. — L'autoplastie du releveur dans le traitement opératoire de l'incontinence d'urine. — Verhandl. d. dents Gessel. f. urol., 5^e Kongress Wien 1921.
- GIORDANO. — Les autoplasties musculaires sur la vessie incontinente par le droit int. de la cuisse. — Congrès français de Chirurgie, 1907.

- GIORDANS. — Sur un cas d'incontinence d'urine traitée par la suspension du col vésical. — XII^e Session de l'Association Française d'Urologie, Paris.
- GODARD. — Incontinence d'urine par spina bifida lombo sacrée avec tumeur traitée par l'opération de Goebels-Stoeckel. — Bulletin de la Société Française d'Urologie, fév. 1937.
- GOEBELS. — Zur operativen Beseitigung der angeborenen incontinencia vesical. — Zeitsch f. gyn. urol., Bd 2 Heft 4.
- GOEBELS. — Zeitschrift f. gyn. urol., vol. 2.
- CARLOS GOMEZ (*Coldmbie*). — Incontinence d'urine chez la femme par relâchement du sphincter vésical et son traitement. — *Journal d'Urologie médic. et chirurg.*, 1938.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire. Paris, 1911.
- IMBERT. — Procédé de réfection de l'urètre féminin incontinent par myoplastie. — Congrès français de Chirurgie 1924. — *Presse Médicale*, 9 octobre 1924.
- A. JEAN. — Manifestations vésicales et urétrales dans les prolapsus génitaux. — Thèse de Marseille, 1940. (Travail de la Clinique gynécologique.)
- LEGUEU. — Traité de Chirurgie et d'Urologie, 1921.
- GÉRARD MARCHANT. — De l'incontinence d'urine liée au prolapsus génital partiel ou total. — X^e Congrès français de Chirurgie. — *Presse Médicale*, 1896.
- MILLER (N. F.). — Traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. — *The Journal of Americ. Med. Ass. de Chicago*, vol. XIII, n^o 8, février 1932.
- MURET et RAPIN. — Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. — X^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 30 septembre, 1^{er} et 2 octobre 1937.
- PASTEAU. — Annales des maladies des organes génitaux-urinaires, 1896.
- J. PÉRARD. — A propos de la restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme. — Gynécologie et Obstétrique, 1929.
- RENAUX. — Contribution à l'étude du traitement de l'inconti-

nence d'urine d'origine urétrale chez la femme. — Thèse de Lille, 1936.

V. RICHER. — Opération de Goebbel-Stoekel simplifiée pour incontinence d'urine. Résultat éloigné. — Académie de Chirurgie (séance du 10 mars 1937).

V. RICHER. — Chirurgie du muscle vésical. — *Journal de Chirurgie*, août 1926.

RUBSAMEN. — Zentralbl. fur Gyn. 1920, pages 25 et 544. — Soc. Gyn. de Dresde.

SHELDON. — Annales of Surgery, janvier 1922.

SOLMS. — Zentralbl. fur Gyn., 1919, n° 3.

STOECKEL. — Ueber die Verwendung der Musculi pyramidal beider operat. Behandl d. Incont. urin. — Zeitschrift f. Gyn., 1917, n° 1, page 11.

STOECKEL. — Zentralbl fur Gyn., 8 janvier 1921.

VIOLET. — Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. — *Lyon Médical*, novembre 1932.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et le jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

Introduction - Historique	19
Les Buts de l'opération	21
Les Techniques	25
Les Résultats	31
Observations	35
Les Indications	39
Conclusion	41
Ouvrages consultés	43

